

La médecine des adolescents vue par les pédiatres suisses - une enquête par questionnaire

II. Résultats initiaux

J. Kellerhals, R. Lang, Ch. Ricq et O. Jeanneret

De l'Institut de médecine sociale et préventive, Université de Genève (directeur de l'Institut: Prof. O. Jeanneret)

A. Les grands traits de la prise en charge

1. Dans la mesure où une de nos hypothèses de travail voulait que les pédiatres tendent à manifester une certaine opposition envers les soins aux adolescents, nos premiers résultats infirment cette anticipation. 94,8 % des pédiatres (ils sont 212 à avoir répondu), disent soigner des patients pubères.

Mais pour près de la moitié d'entre eux, les patients pubères ne dépassent pas 1 à 5 % de leur clientèle, et seuls 9,0 % disent avoir plus de 10 % d'adolescents parmi leurs patients. Quant aux médecins pour qui cette clientèle particulière n'atteint pas 1 %, ils forment 15,1 % de nos répondants.

2. Cette prise en charge à la fois largement étendue et limitée en importance trouve-t-elle son origine dans le fait que l'on continue à soigner d'anciens patients devenus pubères? La réponse à cette question est difficile. En effet, 43,4 % des répondants acceptent sans autre de nouveaux patients pubères. Par contre, 32,1 % ne les acceptent que moins d'une fois sur trois. Le refus systématique est rare. Deux normes semblent donc en présence.

3. La prise en charge des adolescents fait-elle partie de «l'image du rôle du pédiatre» ou en est-elle exclue? Fixant l'âge limite jusqu'auquel les sujets devraient être du ressort du pédiatre, les médecins de notre échantillon manifestent clairement que les soins aux adolescents doivent faire partie de leurs attributions:

a) 65,6 % des répondants fixent l'âge limite à 16 ans révolus et au-delà, 23,1 % s'arrêtent à 14 ans;

b) cette norme de l'âge limite tend à être corrélée positivement avec le pourcentage de sujets pubères soignés.

4. Si tant est qu'il y a prise en charge des adolescents par les pédiatres, une des questions fondamentales dans l'optique de la médecine préventive, porte sur les canaux

qu'emprunte cette prise en charge. Sur ce point, nos données sont assez claires. Qu'il s'agisse d'anciens patients que l'on continue à suivre ou de nouveaux patients pubères, le canal dominant est bien celui constitué par les parents du sujet:

a) 74,6 % des répondants disent que c'est «souvent ou toujours» par le canal des parents que leurs patients leur parviennent;

b) par contre, et ceci est important, dans le cas d'anciens patients, l'insistance du sujet lui-même est mentionnée comme étant le canal prioritaire par 48,5 % des répondants.

5. Quand il y a prise en charge, le pédiatre la voit-il de manière positive ou négative, l'intéresse-t-elle ou pas? A ce sujet, 75,0 % de nos interrogés disent soigner «très volontiers» ou «volontiers» leurs patients pubères; seuls 10,4 % disent le faire avec réticence. Cette conception assez optimiste se double d'une opposition assez systématique aux démarches qui viseraient à décharger le pédiatre de cet aspect de sa fonction:

a) 83,5 % des répondants s'opposent à la création d'une spécialité en «éphébiatrie»;

b) deux tiers des répondants veulent que la surveillance médicale, les soins somatiques et les conseils à la demande soient l'affaire du pédiatre polyvalent.

B. De quelques relations entre variables

1. Le jugement porté sur la formation reçue ou acquise est-il déterminant pour la prise en charge des adolescents? Paradoxalement, on ne trouve pas de liaison entre ce jugement et la prise en charge, alors que la formation reçue n'est jugée suffisante que dans la moitié des cas pour ce qui est des aspects somatiques et dans moins d'un tiers pour les aspects psychologiques.

2. Quelle est l'importance d'une attitude positive ou négative envers les adolescents?

a) Il ne semble pas y avoir de relation forte entre le jugement porté sur la formation re-

que et l'attitude envers les soins aux adolescents; par contre le jugement sur la formation acquise depuis l'installation varie positivement avec une attitude favorable envers les adolescents.

b) Cette attitude favorable est elle-même en relation positive avec la volonté ferme de garder ce genre de clientèle, pour ce qui est des soins médicaux eux-mêmes; mais il n'y a pas de relation pour ce qui concerne la surveillance médicale ou les conseils à la demande.

c) L'opposition à la création d'une nouvelle spécialité («éphébiatrie») est d'autant plus prononcée que l'attitude envers les soins aux adolescents est positive.

3. Nous ne trouvons pas de relation entre le sexe des pédiatres qui ont répondu et les variables importantes de l'étude:

a) l'âge limite que l'on fixe pour les filles ou les garçons ne varie pas significativement avec le sexe du répondant;

b) le pourcentage de patients pubères soignés n'est pas significativement différent chez les pédiatres masculins et féminins;

c) les femmes ne sont ni plus ni moins opposées à la création d'une nouvelle spécialité que les hommes.

C. Le lecteur comprendra, qu'étant au tout début du dépouillement de l'analyse et des données, nous nous abstenions pour le moment de commenter davantage ou interpréter ces quelques résultats.

Adresse des auteurs:

J. Kellerhals, R. Lang, Ch. Ricq et Prof. O. Jeanneret,
Institut de médecine sociale et préventive, Rue de Candolle 12, 1205 Genève.